

Ahnert, Tommy

Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in geschützten  
Werkstätten.

eingereicht als  
BACHELORARBEIT  
an der  
HOCHSCHULE MITTWEIDA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Fakultät Soziale Arbeit  
Roßwein, 2012

Erstprüfer: Frau Prof. Wedler

Zweitprüfer: Frau Hedwig Seggewiß

## Bibliographische Beschreibung:

Ahnert, Tommy:

Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in geschützten Werkstätten.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2012

## Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit im Bereich der Behindertenarbeit, speziell mit chronisch psychisch kranken Menschen. Vorgestellt werden Möglichkeiten, Methoden und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit, am Beispiel von geschützten Werkstätten für behinderte Menschen.

## **Inhaltsverzeichnis**

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>1. Hinführung zur Thematik</b>  | <i>Seite 1 - 2</i>   |
| <b>2. Abriss der Geschichte der Psychiatrie</b>  | <i>Seite 3 - 11</i>  |
| 2.1 Auffassungen der Psychiatrie<br>im griechisch-römischen Altertum                             | <i>Seite 3 - 4</i>   |
| 2.2 Auffassungen im Mittelalter<br>und der Renaissance   | <i>Seite 4 - 6</i>   |
| 2.3 Das 18. Jahrhundert - Die Zeit<br>der Aufklärung   | <i>Seite 6 - 7</i>   |
| 2.4 Das 19. Jahrhundert  | <i>Seite 7 - 8</i>   |
| 2.5 Das 20. Jahrhundert bis heute  | <i>Seite 8 - 9</i>   |
| 2.6 Einblick in die sächsische<br>Psychiatriegeschichte  | <i>Seite 9 - 11</i>  |
| <b>3. Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in<br/>geschützten Werkstätten</b> | <i>Seite 11 - 19</i> |
| 3.1 Chronisch psychisch Krank  | <i>Seite 11 - 12</i> |
| 3.2 Häufige Krankheitsbilder und Diagnostik  | <i>Seite 12 - 13</i> |
| 3.2.1 Die Schizophrenie  | <i>Seite 13 - 14</i> |
| 3.2.2 Die Psychose   | <i>Seite 14</i>      |
| 3.2.3 Die Persönlichkeitsstörung   | <i>Seite 15</i>      |
| 3.2.4 Das Borderline-Syndrom   | <i>Seite 15 - 16</i> |
| 3.3 Die geschützte Werkstatt   | <i>Seite 16 - 19</i> |
| 3.3.1 Ziele der Einrichtung  | <i>Seite 16 - 17</i> |
| 3.3.2 Die Bedeutung von Arbeit   | <i>Seite 18</i>      |
| 3.3.3 Der rechtliche Hintergrund   | <i>Seite 18 - 19</i> |
| <b>4. Der Soziale Dienst</b>   | <i>Seite 19 - 29</i> |
| 4.1 Leistungen des Sozialdienstes  | <i>Seite 20 - 24</i> |
| 4.2 Methoden und Arbeitsweisen   | <i>Seite 25 - 26</i> |
| 4.3 Hilfe und Kontrolle  | <i>Seite 26 - 28</i> |
| 4.4 Der rechtliche Hintergrund   | <i>Seite 28</i>      |
| 4.5 Überlegungen zur Inklusion   | <i>Seite 28 - 29</i> |
| <b>5. Schlussfazit</b>   | <i>Seite 30 - 32</i> |

**6. Begriffserklärungen**

*Seite 33 - 34*

**7. Anlagenverzeichnis**

*Seite 35 - 48*

**8. Quellen und Literaturverzeichnis**

*Seite 49 - 50*

**9. Erklärung zur selbstständigen Anfertigung**

*Seite 51*

## **1. Hinführung zur Thematik**

Man schrieb das Jahr 1848, als Otto Wilhelm Luitpold Adalbert Waldemar von Wittelsbach geboren wurde. Er kam genau zwei Monate zu früh auf die Welt und war einer der beiden Prinzen vom Königreich Bayern. Später wurde, wie es die Erbfolge verlangte, sein älterer Bruder Ludwig II König von Bayern. Er wird als der "Märchenkönig" in die Geschichte eingehen. Sein jüngerer Bruder Otto wuchs gut behütet am Königshof auf und genoss eine königliche Kindheit. Kurz nach Ende des Deutsch-Französischen Krieges begann sich Ottos geistiger Zustand offensichtlich immer weiter zu verschlechtern. Seit 1871 vermied er zunehmend den Kontakt mit fremden Menschen. Er wurde unter ärztliche Aufsicht gestellt und es erfolgten Berichte über seinen Zustand an den Reichskanzler Otto von Bismarck. Seit 1872 galt Otto Prinz von Bayern offiziell als geisteskrank und wurde ab 1873 im Schloss Nymphenburg in Isolation gehalten. Behandelnder Arzt war der seinerzeit in aller Munde und vor allem auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten geltende Dr. Bernhard von Gudden. Auch er kam in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass Otto an einer psychischen Krankheit leide. Im Jahre 1875 kam es dann zu einem aufsehenerregenden Zwischenfall. Während der Fronleichnamsmesse in der Münchner Frauenkirche, welche Otto eigentlich nicht besuchen wollte, stürmte er ohne Vorwarnung in Jagdkleidung in die Kirche und flehte den Erzbischof auf seinen Knien um Vergebung seiner Sünden an. Der Prinz wurde ohne Widerstand von zwei Kirchendienern aus der Kirche geführt. Ohne Ahndung blieb dieser Vorfall jedoch nicht. Otto wurde daraufhin ins Schloss Schleißheim gebracht, wo er unter noch stärkere Überwachung gestellt wurde. Sein letzter öffentlicher Auftritt war 1875 eine übliche Königsparade auf dem Münchner Marsfeld. Otto stand an der Seite seines Bruders Ludwig. Ab 1876 hielt er sich auf Verordnung seiner Ärzte einige Wochen in Schloss Ludwigsstall im Bayerischen Wald auf. Als sich Ottos Zustand im Frühjahr 1880 nochmals massiv verschlimmerte, wurde er 1883 endgültig in das eigens für ihn umgebaute Schloss Fürstenried bei München gebracht. Hier würde er den Rest seines Lebens verbringen.

Auf Anordnung von König Ludwig II., der seinen Bruder wiederholt nachts besuchte, durfte ihm keinerlei Gewalt angetan werden. 1886 wurde Otto dann zum König gekrönt, da Ludwig II durch einen mysteriösen Freitod ums Leben kam. Somit hatte Bayern einen psychisch Kranken König, welcher unter Verschluss der Öffentlichkeit stand und unter ständiger ärztlicher Beobachtung stand. Man spielte ihm vor er sei der König und man müsse seinen Befehlen befolgen. In Wirklichkeit übernahm jedoch sein Onkel als Prinzregent die Herrschaft in Bayern. König Otto lebte allein mit seinem kleinen Hofstaat und verbrachte seine Zeit damit, stundenlang in seinem Garten auf und ab zu gehen. *"Häufig steht Otto I. in einer Ecke, gestikuliert mit Armen und Händen und spricht im Halluzinationszustand lebhaft zu dem Gegenstande seiner Einbildung. Dann aber tritt völlige Apathie ein, welche stunden- und tagelang andauert. Mit Leidenschaft raucht Seine Majestät Zigaretten, gewöhnlich 30 bis 36 Stück am Tage."* Otto stirbt im Jahre 1916 im Alter von 68 Jahren. An ihn erinnert in der Geschichte nicht viel, er ist der kleine geistesranke Bruder des so großen Ludwig des II. Vergessen wird oft, dass es Otto war, der mehr oder weniger bewusst die immensen Schulden seines Bruders bezahlt hat. Titel und protokollarische Ehren eines Königs wurden ihm bis zu seinem Tode belassen.

Dieses Beispiel zeigt, wie sich der Umgang mit "geisteskranken" Menschen zu dieser Zeit gestaltete und welch langer Weg noch vor der Psychiatrie und der Arbeit mit psychisch kranken Menschen lag. Eine Werkstatt für behinderte Menschen hat es zu dieser Zeit noch nicht gegeben, jedoch gab es bereits erste Formen der Arbeitstherapie. Eben jene Leistungen und Möglichkeiten, die eine Werkstatt für behinderte Menschen erbringen kann, werden in der folgenden Arbeit vorgestellt. Aktuell gibt es allein in Deutschland, bundesweit ca. 690 Werkstätten für behinderte Menschen mit mehr als 260.000 Arbeitsplätzen. Eingeleitet wird dies durch einen Abriss der Geschichte der Psychiatrie, um eine Entwicklung zu erkennen.

## **2. Abriss der Geschichte der Psychiatrie**

Der Titel dieser Arbeit lautet "Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in geschützten Werkstätten". Weshalb also der Weg über die Geschichte der Psychiatrie? Geschichte wird geschrieben und verändert oft künftige Handlungsweisen sowie Ansichten. Wenn man sich mit der Behindertenarbeit auseinander setzt, bildet die Psychiatrie die Basis. Eine Werkstatt für behinderte Menschen hat es nicht von vorherein gegeben. Folglich fragt man sich, wie sich solch eine Einrichtung entwickeln konnte bzw. aus welchen Grund es sie überhaupt gibt.

Die Antworten findet man zweifelsohne in der Geschichte der Psychiatrie. Sie zeigt eine Entwicklung in der Arbeit und dem Umgang mit jenem Klientel der behinderten und psychisch kranken Menschen auf.

Im 2. Kapitel, soll deshalb ein Abriss dieser Geschichte dazu dienen eine Grundlage für die kommende Arbeit zu schaffen. Regional gesehen, wird es auch einen kurzen Einblick in die sächsische Psychiatriegeschichte geben. Gleichzeitig beantwortet sie viele Fragen und veranschaulicht heutige Denk-und Handlungsweisen in der Behindertenarbeit.

Die vergangenen Jahrhunderte waren von negativen Ereignissen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen geprägt. Erst im Laufe des letzten Jahrhunderts hat sich ihre soziale Situation grundlegend und entscheidend verbessert. Hierzu tragen im wesentlichen die Rehabilitationseinrichtungen und vor allem die Werkstätten für behinderte Menschen bei.

### **2.1 Auffassungen der Psychiatrie im griechisch-römischen Altertum**

Die ersten Aufzeichnungen findet man bereits im griechisch-römischen Altertum. In jener Zeit, zeichnete sich eine eigenständige Medizin ab und folglich auch psychiatrisch relevante Einzelanschauungen gewisser Persönlichkeiten. Anzumerken ist hier, dass es alles Mediziner waren, die jene Diagnosen stellten. Was aber ist neu für diese Zeit? Man kommt von spekulativen Ansichten ab und erkennt, dass jede Krankheit natürliche Ursachen hat. Deutlich wird dies, in der hippokratischen Schrift aus jener Zeit, mit dem Titel "Über die heilige Krankheit".

Neu war, das neben den körperlichen Gebrechen auch psychische Leiden, als Krankheit Anklang fanden und man nach Behandlungsmöglichkeiten gezielt suchte. Allen voran erkannte dies der griechische Arzt Asklepiades aus Prusa in Bithynien (geb. 124 v. Chr.) Er gilt als der Begründer einer methodischen Behandlungsweise für psychisch kranke Menschen. Beschäftigung, Aufmerksamkeit, Wein, Liebe, Musik und auch Gedächtnisübungen gehörten zu seinen Behandlungsinhalten um des psychische Leid zu heilen und zu lindern. Sein Leitspruch war: "Cito, tuto et iucunde" was im deutschen so viel heißt wie "schnell, sicher und schonend bzw. angenehm". Verschriftlicht wurde sein Wissen jedoch erst durch den römischen Enzyklopädisten A.C. Celsus. Eine weitere wichtige Quelle aus jener Zeit ist der Kappadozier Aretäus (ca. 150 n. Chr.), welcher in seinen Werken Hinweise gibt, welche Ursachen und Wirkungen akute und chronische Krankheiten haben können. Weiter beschreibt er Zusammenhänge zwischen Epilepsie und Wahnsinn bis hin zur Melancholie. Er ist auch der erste, der eine zweckmäßige und vor allem beruhigende Krankenzimmereinrichtung für psychisch Kranke empfiehlt. Feststellen muss man jedoch, dass in dieser Zeit fast ausschließlich somatisch gearbeitet wurde. Mehrheitlich wurde die Geisteskrankheit immer noch mit körperlichen Leiden in Verbindung gebracht und sogar dadurch begründet. Erst Cicero (106-43 v. Chr.) greift den Aspekt einer Psychopathologie auf. Ob bewusst oder nicht, gibt er Anstöße zum Beispiel dafür, dass körperliche Gebrechen auch durch seelische Faktoren beeinflussen können, aber auch das Zorn, Furcht oder Kummer jene Gebrechen verstärken können. Somit kann man feststellen, dass bei Cicero erste Ansätze für ein Verständnis von Psychiatrie zu finden sind.

## **2.2 Auffassungen im Mittelalter und der Renaissance**

Waren psychisch kranke Menschen in der Antike noch als heilige Personen angesehen oder auch als besondere Persönlichkeiten, so interpretierten die Menschen des Mittelalters sie in der Regel als Besessene. Als Standardmittel gegen Besessenheit galt der Exorzismus.



Man betrachtete die krankheitsbedingten Verhaltensweisen als bedrohlich, unnormale bis hin zum teuflisch bedingten Verhalten. Das hieß für die meisten Fälle jener Zeit, dass keine Hilfe angeboten, sondern die psychisch Kranken als Hexen oder vom Teufel Besessene verfolgt, gequält, gefoltert und sogar getötet wurden. Sie galten als unnormale und alle die so waren, konnten nur schlechte Menschen sein. Anders als in der Antike, wo sie noch mehr oder weniger etwas besonderes waren, sind sie nun zum Sinnbild des Teufels erklärt worden.

Es gab keine systematischen Behandlungs- und Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen. So kam es, dass die Kranken überwiegend in ihren Familien versteckt wurden oder auf der Straße zu Grunde gingen. Diese Auffassungen setzten sich im 15. und 16. Jahrhundert, der sogenannten Renaissance fort. Verbesserungen waren nicht erkennbar. Die psychisch kranken Menschen wurden gemeinsam mit anderen Außenseitern in Zucht-, Armen-, Arbeits- und Tollhäusern untergebracht. Eine weit verbreitete Handhabung war es in jener Zeit aber auch, sie auf Jahrmärkten als abscheuliches Beispiel vorzuführen um das Volk abzuschrecken, aber auch zu belustigen. In die Zeit der Renaissance fällt auch die Entstehung der ersten „Irrenspitäler“ in Spanien und England. Jedoch war dies kein Fortschritt, denn die Kranken wurden wie Gefangene unter unzumutbaren Bedingungen „gehalten“. Sie wurden weder betreut noch versorgt. Es war mehr eine Sammelstelle für die Unnormalen und Unerwünschten Bürger des Volkes. Somit war es eine Mischung aus Armenhaus, Gefängnis, Obdachlosen-Asyl, Waisenhaus und Klinik. Zu letzterem muss aber gesagt sein, dass nur in den seltensten Fällen die Hinzuziehung von Ärzten möglich war oder durchgeführt wurde. Anzumerken ist hier noch das Werk des Dominikanerpatres Heinrich Krämer und Jakob Sprenger von 1486. Ihr Werk "Hexenhammer" galt regelrecht als Lehrbuch zur Verfolgung von Hexen aber auch aller unbekannten Krankheiten, da diese nur teuflischen Ursprungs sein konnten. Von Kirche und Feudalherren geduldet und sogar begrüßt, hatte man in jener Zeit den Sündenbock allen Übels scheinbar gefunden und startet eine regelrechte Hetzjagd. Dies war Realität in der Renaissance,

der Zeit des "huomo unico" der Entdeckung der menschlichen Natur und der natürlichen Realität des menschlichen Körpers. Zusammenfassend kann man feststellen, dass es einen großen Rückschritt im Umgang mit psychisch Kranken gab. Sie wurden als Hexen, Besessene bezeichnet, sozial ausgegrenzt sogar oft komplett isoliert und hingerichtet.

### **2.3 Das 18. Jahrhundert - Die Zeit der Aufklärung**

So war man in jener Zeit bemüht, die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft zu etablieren. Wichtig war vor allem die Patienten ernst zu nehmen und endlich weg vom Hexenglauben und Spiritismus zu kommen. Getreu dem Grundgedanke der Aufklärung : „Der Mensch als Vernunftswesen“, sollte dies auch Anklang in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen finden. ( Vgl. Kant ) Der kranke Mensch, sei durch seine Psychose oder einer anderen Krankheit, seiner eigenen Vernunft „beraubt“ und brauche somit Hilfe. So forderte man die Mitmenschen auf, einen „vernünftigen Zustand“ wieder herzustellen. Es erfolgte auch die Umbenennung der Irrenhäuser in „Heil- und Pflegeanstalten“. Auch wurden Strafmaßnahmen wie Nahrungsentzug, Arrest oder Schläge endlich aufgegeben. Um dies alles zu ermöglichen, wurden neue Methoden entwickelt. So sollte eine Beruhigung durch Erschöpfung oder Fixierung erfolgen. Drehstühle und Drehmaschinen wurden entwickelt um den Körper von überschüssigem Tatendrang zu befreien. Auch aus dieser Zeit stammen der Zwangsstuhl, die Zwangsjacke, sowie das Zwangsbett. Um die Vermehrung von Geisteskrankheiten zu verhindern, führte man bereits im 18. Jahrhundert strikte Kastrationen durch. Bemerkenswert war jedoch, dass man schon in jenem Jahrhundert, versucht hat, für benachteiligte Menschen mögliche und angenehme Arbeitsangebote zu schaffen. Ein weiterer Umbruch geschah im 18. Jahrhundert durch die Französische Revolution. Hier kam es zum ersten wirklichen Umbruch in der Versorgung psychisch Kranker. Am 24.5.1793 befreite Philippe Pinel (französischer Psychiater) die angeketteten „Irren“ in der Pariser Irrenanstalt mit den Worten:

*„Diese Menschen sind nicht als Schuldige, sondern als Kranke zu behandeln, die alle Rücksicht verdienen, die man leidenden Menschen schuldig ist.“*

Auch wurden im Zusammenhang ab diesem Zeitpunkt rechtliche Fragen betrachtet, wie z.B. die Zurechnungsfähigkeit und die Schuldfähigkeit psychisch Kranker. Das Thema der Vorbeugung rückte immer mehr in den Vordergrund. So gewann man die Erkenntnis, dass seelische Störungen eng im Zusammenhang mit Alkoholismus und psychosozialen Umgebungs- und Entstehungsbedingungen, verwickelt sind.

Am Ende des 18. Jahrhunderts entwickelten sich zwei verschiedene Strömung im Bereich der Psychiatrie. So gab es zum einen die Psychiker, welche die Auffassung vertraten, dass die Seele aus sich heraus erkranken könne („Seelenkrankheiten“). Auf der anderen Seite standen die Somatiker, welche glaubten, dass die Seele als etwas Immaterielles, Göttliches, Unsterbliches betrachtet werden muss und dass sie selbst nicht erkranken könne; krank werde nur der Körper.

## **2.4 Das 19. Jahrhundert**

Die Psychiatrie war zu dieser Zeit in Frankreich führend. Mehr und mehr gingen die französischen Kenntnisse jedoch in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf Deutschland über. Ohne Vorreiter wie Pinel und Esquirol jedoch hätten wahrscheinlich entscheidende Impulse für die deutsche Psychiatrie gefehlt. Viele Psychiater aus Deutschland besuchten die Pariser Krankenanstalten, um zu lernen. Diese Beziehung kam jedoch zum Erliegen, bedingt durch den Deutsch- Französischen Krieg von 1870/1871. Von da an ging die französische Psychiatrie ihren eigenen Weg, unabhängig vom restlichen Europa. Durch die Industrialisierung kam es zu einem enormen Anstieg der psychisch Kranken. Folglich wuchsen auch die Einrichtung zu „Großanstalten“ mit über 3.000 Plätzen heran. Das Prinzip war wieder eine Isolierung der Kranken von ihren Familien. Auf der anderen Seite standen die Fortschritte der Medizin. Dazu gehören z.B. die Entdeckung des Syphiliserregers und damit verbunden, eine Ursache für psychische Krankheiten. Erst im 19. Jahrhundert wurde die

Psychiatrie als „wissenschaftliche Disziplin“ anerkannt und als solche auch verstanden. Wilhelm Griesinger (1817-1868) gilt als Begründer der modernen, wissenschaftlichen Psychiatrie. Er war als Psychiater und Internist tätig und verzichtete seit 1864 auf Zwangsmaßnahmen, z.B. das Fixieren und die Zwangsjacke. Weiter forderte und förderte er die Integration in den Familien- und Freundeskreis. Aus jener Zeit stammt auch die Degenerationslehre („Entartungslehre“). Sie beinhaltet den Grundgedanken, dass innerhalb einer Familie über viele Generationen hinweg eine „seelische Degeneration“ auftreten kann. So entwickelte sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die deutsche Psychiatrie als Vorreiter und Wegweiser für das gesamte restliche Europa.

## **2.5 Das 20. Jahrhundert bis Heute**

Prägend für das 20. Jahrhundert war die „Eugenetik“ während des Nationalsozialismus. Grund war das Erbgesundheitsgesetz vom 1.1.1934, dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. So fanden zu dieser Zeit etwa 300.000 Zwangssterilisationen statt. Ziel des Nationalsozialismus war es, eine „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zu erreichen. Bei den menschenverachtenden Vorgehensweisen wie „Aktion T4“, „Euthanasie“ und „Aktion Gnadentod“ werden ca. 200.000 psychisch Kranker durch SS-Ärzte ermordet oder enden als Versuchsobjekte. Nach dem 2. Weltkrieg spricht man in der Geschichte der Psychiatrie von sogenannten Enthospitalisierungstendenzen. Dies soll bedeuten, dass man die psychisch kranken Menschen nicht nur verwahren, sondern auch gezielt mit ihren Ressourcen arbeiten muss. Zweifelsohne spielt auch die medizinische Seite eine große Rolle. 1952 gilt als das Jahr der Entdeckung der Psychopharmaka. Auch kam ab dieser Zeit hinzu, dass die Psychotherapie- und Soziotherapiemethoden immer größeren Anklang in der Arbeit der Psychiatrie fand. Man spricht nunmehr von einem Wandel der Psychiatrie von einer verwahrenden zu einer therapeutischen Disziplin. Erstmals in der Geschichte gab es ein Gesetz zum Schutz der Freiheitsrechte psychisch Kranker Menschen - kurz PsychKG. Ein Meilenstein war die Psychiatrie-Reform aus dem Jahr 1975. In der so

genannten "Psychiatrie-Enquete" wurden Richtlinien festgehalten wie eine Gemeindenahe Versorgung und eine Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken gewährleistet werden kann. Es erfolgte ein systematischer Aufbau, welcher bis dato nicht gegeben war. Das soll heißen, dass stationäre Betten den massiven Akutfällen vorbehalten bleiben. Gerade der ambulante Bereich wächst und wird immer weiter ausgebaut. Es werden Kontaktstellen gegründet und verbreitet, aber auch Tagesstätten und Wohnheime für spezifische Bedürfnisse entstehen. Weiter werden Selbsthilfegruppen gegründet, welche sich schnell und flächendeckend ausbreiten. 12 Jahre vor der Psychiatrie-Enquete der Bundesrepublik gab es im Osten Deutschlands konkrete Bemühungen, die Behandlungsbedingungen der Psychiatrie zu modernisieren. Ziel war es menschlich-humane Betreuungsbedingungen im Sinne des Open-door-Systems einzuführen. Eine Arbeitstherapie in den Kliniken wurde etabliert, um die Patienten damit besser beruflich zu integrieren. Man spricht hierbei von den "Rodewischer Thesen" aus dem Jahre 1963. Als Fazit bis heute kann man belegen, dass im Bereich der Behindertenarbeit immer mehr getan wird. Man hat einen „personenzentrierten“ Ansatz gefunden, mit dem gearbeitet wird. Den psychisch kranken Menschen wird eine bessere berufliche Rehabilitation ermöglicht und sie werden dabei unterstützt. 2002 wurde das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen verabschiedet und 2006 das Antidiskriminierungsgesetz. Die Zeiten der Ausgrenzung und regelrechter "Aufbewahrung" hat ein Ende gefunden und die psychisch kranken Menschen werden aktiv in das Alltagsleben sowie das Berufsleben integriert.

## **2.6 Einblick in die sächsische Psychiatriegeschichte**

Auch in Sachsen wurden geistig Kranke und schwer geistig Behinderte in Siechenheimen und vor allem in Krankenhäuser untergebracht. Große Bedeutung erlangte Sachsen im Jahre 1811 mit der Eröffnung der ärztlich geleiteten Königlich-Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Pirna Sonnenstein. Es folgte in den nächsten Jahrzehnten ein sich immer vergrößerndes Netz an fürsorglich ausgerichteten staatlichen

Betreuungsstätten. Da viele chronisch psychisch Kranke zu jener Zeit nicht als geheilt entlassen werden konnten, musste man diese Versorgungsstätten immer weiter ausbauen und vergrößern. So entstanden unter jenen Bedingungen immer mehr staatlich Klinken zur Versorgung und Betreuung. Alte Anstalten wie Sonnenstein, Colditz und Hubertusburg wurden modernisiert und zu Heil- und Pflegeanstalten umgewandelt. In jene Zeit fällt auch die Entstehung von Landesanstalten, wie in Großschweidnitz, Hochweitzschen und später auch in Leipzig Dösen als auch in Arnsdorf. Seit 1899 existierte auch in Sachsen ein aktiver Hilfsverein für geistig Kranke. Begründer war der Psychiater Guido Weber, Direktor von Pirna Sonnenstein, der jenen ins Leben gerufen hatte. In der Zeit des ersten Weltkrieges (1914-1918) dienten auch die sächsischen Anstalten als Lazarette für das Militär. Folgen für die Anstalten waren der Wegfall der räumliche Ressourcen. Das Personal sowie die Verpflegung wurden drastisch gekürzt. In Folge dessen stieg die Sterberate in jener Zeit bis auf 50% an. Die Auswirkungen des Nationalsozialismus machten auch vor Pirna Sonnenstein keinen Halt. So wurde auch hier eine T4-Zentrale eingerichtet um eine "erbgesunde" und rassenreine Volksgemeinschaft zu entwickeln. Folge war, dass die Einrichtung völlig überbelegt war. Die Landesregierung Sachsen beschloss für das Klientel von Pirna-Sonnenstein nur noch ein Minimalversorgung bereitzustellen. Die Auswirkungen waren verheerend und in Folge dessen stieg die Sterblichkeitsrate immens. Während des zweiten Weltkrieges wurde die Anstalt auch als Lazarett genutzt, was zur Folge hatte, dass die Patienten auf engsten Raum untergebracht wurden. Hinzu kam das Pfleger und Ärzte zum Kriegsdienst einberufen wurden. Die Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen kamen zum völligen Stillstand. 1939 wurde die Anstalt Colditz zu einem Offiziersgefangenlager umfunktioniert und Pirna Sonnenstein zur Tötungsstätte in Folge des "Euthanasie-Befehls". Viele Anstalten wurden in dieser Zeit ganz aufgelöst oder rapide verkleinert, so dass eine Arbeit fast nicht mehr möglich war bzw. gewährleistet werden konnte. Pirna Sonnenstein wurde im Umkreis Sachsen zum Mordzentrum umgebaut. Aus allen Regionen wurden die

"unheilbar" Kranken nach Pirna gebracht und wurden in den Gaskammern ermordet. Im Januar 1946 nach Ende des Krieges, war die Anzahl der Patienten auf 1887 gesunken. Der größte Teil der diese Schrecken überlebt hatte war unterernährt und medizinisch wie auch seelisch in einem katastrophalen Zustand.

Pirna Sonnenstein sollte seine Tore als Pflege-und Heilanstalt nie wieder öffnen. Andere Anstalten wurden mit viel Mühe wieder errichtet und die Zahl der Patienten stieg wieder deutlich. Heute kann man die Anstalt Pirna Sonnenstein als Mahnmal besuchen um sich ein Bild von dem zu machen was in den Jahren 1933-1945 dort geschehen war.

### **3. Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in geschützten Werkstätten**

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Sozialen Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in geschützten Werkstätten. Der Blick in die Geschichte der Psychiatrie, bot Einblicke in vergangene Jahrhunderte und zeigt, wie mit jenem Klientel umgegangen worden ist bzw. welches Leid diesen Menschen widerfahren ist. Diese Arbeit widmet sich vor allem der beruflichen Rehabilitation von chronisch psychisch kranken Menschen. Dargelegt wird dies am Beispiel der Werkstätten für behinderte Menschen und chronisch psychisch kranke Menschen.

Um das Verständnis zu erleichtern, werden in den folgenden Seiten wichtige Begrifflichkeiten erläutert und erklärt.

#### **3.1 Chronisch psychisch Krank**

Was bedeutet es chronisch psychisch Krank zu sein?

*"Psychische Störungen bzw. Erkrankungen können in allgemeiner Weise als Abweichung von einer bestimmten Norm bzw. als Abweichung von der normalen Entwicklung definiert werden." <sup>1</sup> Somit gilt eine psychische Krankheit als ein Zustand "gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension ausweist und einen Menschen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen." <sup>2</sup>*

Eine allgemeingültige und einheitliche Definition für "psychisch-krank" kann man somit nicht aufstellen. Psychisch kranke Menschen leiden an psychischen Störungen unterschiedlichster Art. Aber auch diese lassen sich nicht einheitlich definieren, da sich psychische Auffälligkeiten durch eine Vielzahl von Merkmalen ausweisen. Kommt zur Diagnose "psychisch krank" noch das Wort "chronisch" hinzu, beschreibt es einen andauernden oder auch dauerhaften Zustand in dem man sich befindet. Folglich ist eine chronisch psychische Erkrankung, ebenso die geistige Behinderung, ein unveränderbarer Zustand.

1 Zitat: Klaus Hurrelmann: Gesundheitssoziologie, München 2000, S. 94, 95

2 Zitat: Knölker, Ulrich u.a. (2000). Kinder und Jugendpsychiatrie 2. Aufl., Bremen, S. 20

### **3.2 Häufige Krankheitsbilder und Diagnostik**

In einer Werkstatt für behinderte Menschen, speziell im Bereich der chronisch psychisch Kranken, wird man als Sozialarbeiter mit verschiedensten Erkrankungen konfrontiert. Man arbeitet in diesem Fall nicht in einer psychiatrischen Einrichtung, dennoch ist es wichtig und notwendig, jene Krankheiten zu kennen um mit dem Klienten besser und ressourcenorientierter arbeiten zu können. Gleichzeitig ist dies entscheidend für eine Personen- und Umfeld bezogene Intervention. Folglich stellt sich die Frage, welche Rolle das Diagnoseverständnis in der Arbeit eines Sozialarbeiters einnimmt. Alle Sozialarbeiter müssen im Arbeitsalltag täglich Entscheidungen treffen und diese ebenso fachlich begründen können. Somit ist wissenschaftlich fundiertes Wissen und eine fachliche Einschätzung von Nöten. Im Falle der Sozialen Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen, ist man auf die ärztliche Diagnose angewiesen um seine eigene Arbeit fachlich korrekt begründen zu können. Verzichtet man auf eine seriöse und begründbare Diagnostik, würde dies eine Willkür der Sozialen Arbeit im Bezug auf deren Klienten bedeuten. Folglich erreicht man durch die Diagnostik:

- eine innerfachliche Verständigung
- eine Erleichterung der innerfachlichen Kommunikation
- eine Systematisierung des Wissens einer Disziplin
- man schützt den Klienten vor der Willkür individueller Deutungen



- man orientiert sich an Individuen bezogenen Fähigkeiten/  
Fertigkeiten

Die im Folgenden aufgeführten Erkrankungen, umfassen eine Auswahl der am häufigsten vertretenen Krankheitsbilder in einer Werkstatt für behinderte Menschen. So dient er lediglich als Einblick in die Thematik und soll den Leser zur Selbstrecherche inspirieren.

### **3.2.1 Die Schizophrenie**

Das Wort selbst kommt aus dem altgriechischen und bedeutet so viel wie "abspalten der Seele". Weiter gilt sie als schwere psychische Erkrankung, welche eine Störung des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität zur Folge hat.

#### Symptome

- Wahnerlebnisse, z.B. Verfolgungswahn
- Halluzinationen, z.B. Stimmen hören (Akustische Halluzinationen).
- Gedanken, Gefühle oder Körperteile werden als fremd erlebt (Depersonalisation).
- Auffassung, eigene Gedanken können von anderen gehört werden
- Antriebslosigkeit
- Misstrauen, Aggressive Angespanntheit
- Apathie (in einer anderen Welt leben)
- Depressive Verstimmung (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Wertlosigkeit)
- ungewöhnliche Wortneuschöpfungen

#### Häufigkeit

In Deutschland leiden zwischen 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung an Schizophrenie, weltweit sind es aktuell 51 Millionen Menschen. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen. Die meisten Menschen erkranken zwischen der Pubertät und dem 30. bis 35. Lebensjahr an Schizophrenie.

Aktuell vertritt man die Meinung, dass die Krankheit Schizophrenie durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren begünstigt, ausgelöst und

verstärkt wird. Die Schizophrenie ist die häufigste Form der endogenen Psychosen. Häufig wird fälschlicherweise angenommen, dass die Schizophrenie eine Persönlichkeitsspaltung ist. Störungen der Persönlichkeit sind eine völlig andere Form psychischer Erkrankung.

### **3.2.2 Die Psychose**

Der Begriff Psychose wurde 1845 erstmals verwendet. Das Wort selbst bedeutet so viel wie „Beseeltheit“ oder krankhafter Zustand der Seele. Psychosen teilt man nach ihrer Entstehungsursache in so genannte exogene und endogene Psychosen ein. Exogene Faktoren werden durch körperliche Erkrankungen wie z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch hervorgerufen. Bei endogenen Faktoren sind keine organischen Schädigungen feststellbar.

#### Symptome

- abhängig von inneren Wünschen und Ängsten
- akustische oder optische Halluzinationen
- Wahnvorstellungen oder Veränderung des Denkens
- fühlen sich unrealistisch bedroht, verfolgt oder kontrolliert
- Vorstellung, Gedanken anderer Menschen „lesen“ zu können
- Vorstellung, andere Menschen würden sich gegen einen verschwören, versuchen, einen zu schädigen oder zu verfolgen
- sonderbare oder zwanghafte religiöse Vorstellungen
- Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich
- Sozialer Rückzug
- Verwirrung und Konzentrationsverlust

#### Häufigkeit

In ganz Deutschland sind hochgerechnet etwa 800.000 bis 1,6 Millionen Menschen betroffen. Die Mehrheit erkrankt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Frauen erkranken weniger häufig als Männer.

Die zwei häufigsten Formen der Psychose sind einerseits die Schizophrenie und andererseits die Manisch-depressive Störung.

### **3.2.3 Die Persönlichkeitsstörung**

Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ beinhaltet ein weites Spektrum individueller Störungsbilder, die durch besonders geprägte Charakterzüge bzw. „Eigenheiten“ gekennzeichnet sind. Maßgeblich für die Einstufung der Störung ist das am häufigsten und oder das auffälligste Verhaltensmuster.

#### Symptome

- Symptome sind abhängig von der jeweiligen Störung

#### Häufigkeit

Die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen wird mit 6-23% angegeben. Zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen zählen die abhängige-, die dissoziale-, die histrionische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Geschlechtsverteilung ist auf Grund der Vielzahl an Unterformen sehr unterschiedlich. Als Sonderfall einer Persönlichkeitsstörung gilt das sogenannte Borderline-Syndrom.

### **3.2.4 Das Borderline-Syndrom**

Die "Borderliner" gelten als "seelische Grenzgänger", da ihr Krankheitsbild zwischen Psychose, Neurose und Persönlichkeitsstörung fundiert ist. Sie erfüllen oft mehrere Kriterien dieser drei Krankheitsbilder, können aber zu keinem eindeutig zugeteilt werden. Geführt wird das Borderline-Syndrom dennoch als Sonderform der Persönlichkeitsstörung.

#### Symptome

- intensiven Erleben / Impulsivität
- Probleme im Kontakt mit anderen Menschen
- Gefühle können schnell wechseln
- Kritikunfähigkeit
- Selbstüberschätzung
- Alles-oder-Nichts Denken
- Unzureichende Möglichkeiten zur Problemlösung, Sucht und Selbstverletzung
- 80% neigen zu selbstverletzenden Handlungen (Schneiden, Brennen, Blut ablassen )

### Häufigkeit

An der Borderline-Störung leiden schätzungsweise 1 - 2 Prozent der Bevölkerung. Die Geschlechtsverteilung weist auf, dass Frauen mit 2/3 Mehrheit häufiger betroffen sind. Erst im Erwachsenenalter kann diese Erkrankung diagnostiziert werden.

Die Zahl der Betroffenen steigt stetig an und auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen nimmt die Häufigkeit dieser Diagnose immer weiter zu. Neben den allgegenwärtigen Diagnosen ( Schizophrenie, Psychose ) wird das Borderline-Syndrom immer noch als "Neuland" wahrgenommen.

### **3.3 Die geschützte Werkstatt**

Seit 1961 verwendete man den Begriff Werkstatt für Behinderte (WfB), im Zusammenhang mit geschützten Werkstätten. Diese Bezeichnung wurde am 1. Juli 2001 durch das Neunte Buch im Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) geändert. Veraltete Bezeichnungen sind Beschützende Werkstätten oder Behindertenwerkstatt. Dennoch werden diese Begrifflichkeiten heute noch gebraucht. Eine geschützte Werkstatt ist eine anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen. Jene Werkstätten gehören meist zu einem gemeinnützigen Träger.

In diesen Werkstätten werden geistig, körperlich, seelisch und mehrfach behinderte Menschen beruflich und sozial eingegliedert, denen aufgrund ihrer Behinderung in der freien Wirtschaft weder eine Ausbildung noch Arbeit ermöglicht wird und sie deshalb nicht am Arbeitsleben teilhaben können.

#### **3.3.1 Ziele Der Einrichtung**

Das höchste Ziel der Werkstatt besteht darin, für behinderte Menschen den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Im Förder- und Betreuungsbereich steht das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die Entwicklung bzw. Erhaltung von Fähigkeiten im Vordergrund. Neben der Arbeit gibt es eine Reihe von Maßnahmen und

Angeboten, die der individuellen Förderung dienen. Dazu gehören Sport und Kultur ebenso wie Lernen und kreatives Gestalten. Damit unterscheidet sich die Werkstatt für behinderte Menschen von normal üblichen Wirtschaftsunternehmen. Im Vordergrund stehen der behinderte Mensch und seine bestmögliche Förderung.

Die Ziele dieser Einrichtung lassen sich in vier große Teilbereiche einteilen:

1. Im sogenannten Eingangsverfahren, soll festgestellt werden, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung zur Eingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben ist.
2. Hinzu kommt die Feststellung, welche Arbeitsbereiche sowie Leistungen individuell in Betracht kommen.
3. Im anschließenden Berufsbildungsbereich, geht es um die Entwicklung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit.
4. Nach dem Wechsel in den Arbeitsbereich steht vor allem die Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung der behinderten Menschen entsprechenden Beschäftigung im Vordergrund. Jeder behinderte Mensch erhält ein angemessenes Entgelt für seine geleistete Arbeit.

Weitere Ziele sind:

- die Erhaltung und Verbesserung der im Berufsbildungsbereich erworbenen Fähigkeiten
- die Weiterentwicklung der Persönlichkeit und des Selbstwertgefühls
- die Förderung der sozialen Integration

Eine Werkstatt ist somit Anlaufstelle für alle eingeschränkten Menschen, welche die Voraussetzung gemäß § 136 SGB IX erfüllen. Bei chronisch psychisch Kranken bzw. seelisch behinderten Menschen muss die Aufnahmevoraussetzung nach § 54 Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes gegeben sein. Die Problemlage des Klientel besteht in der individuellen Behinderung, sodass meist keine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt möglich ist.

### **3.3.2 Die Bedeutung von Arbeit**

Die Arbeit hat für einen behinderten oder psychisch kranken Menschen häufig einen sehr hohen Stellenwert. Mit der Teilhabe am Arbeitsleben beginnt die betriebliche Gesundheitsförderung. So bekommen die behinderten Menschen eine Tagesstrukturierung, welche durch krankheitsbedingte Einschränkungen häufig nicht ohne Unterstützung wahrgenommen werden kann. Desweiteren hat die Arbeit den einfachen Nutzen der sozialen Isolation entgegen zu wirken und soziale Kontakte zu ermöglichen. Somit soll für diese Menschen eine Halt gebende Struktur angeboten werden. Weiterhin besteht das Ziel der Arbeit, durch Regelmäßiges Training der noch vorhandenen Fähigkeiten, einen weiteren "Abbau", körperlich wie geistig zu verhindern bzw. einzuschränken. Hinzu kommt die Möglichkeit zur eventuellen Entwicklung neuer Interessen und Fähigkeiten. Feststellend kann man sagen, dass die Arbeit:

- Ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit schafft. Erreicht wird dies durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und durch die Erfüllung der Erwartungen anderer.
- Eine Möglichkeit schafft, sich in normalen sozialen Rollen und eben nicht in der üblichen Patientenrolle zu engagieren.
- Die Arbeit vermittelt dem behinderten Menschen ein Gefühl von sozialem Status und vor allem ein Gefühl von Identität. Somit erkennt er das er von der Gesellschaft gebraucht wird und sie nicht belastet.
- Die Arbeit als Ort für soziale Kontakte. So wird es auch ermöglicht einen Ausbruch aus der Einsamkeit zu finden.

All dies kann in den Werkstätten für behinderte Menschen ermöglicht werden.

### **3.3.3 Der rechtliche Hintergrund**

Wie alle Einrichtungen, unterliegen die geschützten Werkstätten bestimmten rechtlichen Grundlagen. Neben dem SGB IX und SGB XII

bildet vor allem die Werkstättenverordnung (WVO) die gesetzliche Grundlage für die Arbeit in einer Werkstatt. Auftrag der Werkstatt ist es, den behinderten Menschen berufliche und soziale Rehabilitation zukommen zu lassen. Sie sollen in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten bestmöglich gefördert und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützt werden. Die Werkstatt steht somit allen behinderten Menschen offen, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme gemäß § 136 SGB IX erfüllt werden. Über die Aufnahme in die Werkstatt entscheidet der Fachausschuss. In ihm sind die Werkstatt und alle Rehabilitations- und Sozialhilfeträger als Kostenträger vertreten.

#### **4. Der Soziale Dienst**

So stellt sich letztendlich die Frage, wie und mit welchen Mitteln, kann die Soziale Arbeit für chronisch psychisch kranke Menschen in geschützten Werkstätten tätig werden oder Hilfe anbieten?

Dazu besitzt jede Werkstatt für behinderte Menschen einen Sozialen Dienst, welcher bei der Mehrzahl direkt in der Einrichtung organisiert ist. Die Mitarbeiter im Sozialdienst decken die Fachbereiche Sozialarbeit und –pädagogik innerhalb einer WfbM ab.

Die wichtigste Aufgabe besteht in der Förder- und Entwicklungsplanung für jeden einzelnen Mitarbeiter. In regelmäßigen Abständen, z.B. nach einer Hospitation in einem der Arbeitsfelder, finden Rehagespräche statt. An diesen Gesprächen nehmen neben dem Sozialdienst der Mitarbeiter sowie der jeweilige Gruppenleiter teil. Mit Hilfe von Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen werden Aspekte wie das Arbeits- und Sozialverhalten ausgewertet. Dies fördert zum einen eine realistische Selbsteinschätzung beim Mitarbeiter, zum anderen können anhand dieser Ergebnisse gemeinsam kurz-, mittel- und langfristige Ziele erarbeitet werden.

#### **4.1 Leistungen des Sozialdienstes**

Bei psychischen Krisen, Konflikten und anderen Problemen ist der Sozialdienst ein wichtiger Ansprechpartner. So unterstützt er Mitarbeiter bei Behördenangelegenheiten, vermittelt bei Streit zwischen Kollegen oder stellt Kontakt zum psychiatrischen Facharzt her. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen Institutionen und Diensten nimmt im Rahmen vom IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehaplan) einen hohen Stellenwert ein. Um das Verständnis für den IBRP zu erleichtern, wurde ein Exemplar dem Anhang hinzugefügt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit besteht im Verfassen ausführlicher Entwicklungsberichte, die vor Ablauf der Kostenzusage an den jeweiligen Kostenträger (Arbeitsagentur, Rentenversicherung, Landeswohlfahrtsverband) geschickt werden müssen.

Welche Leistungen der Sozialdienst anbietet, werden im Folgenden erläutert.

##### Pflichtleistungen:

Einzelpersonenorientierte Leistungen werden individuell und je nach Bedarf angeboten, um Unterstützungsleistungen zur Teilhabeförderung leisten zu können.

- Der Soziale Dienst steht als Ansprechpersonen den Menschen mit Behinderungen zur Verfügung, im Rahmen der Arbeitszeiten der Werkstatt.
- Eine andere Aufgabe ist es, die Anspruchsvoraussetzungen gegenüber den Leistungsträgern zu klären und aufrechtzuerhalten.
- Der Sozialarbeiter erstellt die individuelle Förderplanung unter Anwendung förderdiagnostischer Instrumente, wie z.B. Fragebögen oder Entwicklungsberichten.
- Er ist verantwortlich für die Planung, Durchführung, Analyse und Dokumentation von individuellen Rehabilitations-Verläufen.
- Der Soziale Dienst fungiert als Bindeglied und initiiert die interdisziplinäre Zusammenarbeit, intern wie auch extern gesehen.
- Die Koordination von Praktika der Beschäftigten im Arbeitsbereich, unterliegt ebenfalls der Verantwortlichkeit des Sozialen Dienstes.



Der Soziale Dienst nimmt am Fachausschuss teil, welcher über die Aufnahme der Menschen mit Behinderungen in eine Werkstatt entscheidet. Dem Fachausschuss gehören in gleicher Zahl:

- Vertreter/innen der Werkstatt
- der Bundesagentur für Arbeit
- des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers an.

Neben den Einzelpersonenorientierten Leistungen gibt es auch Gruppenbezogene pädagogische Leistungen. Dies sind Angebote, die sich sowohl an die Menschen mit Behinderungen als auch an einzelne Fachbereiche richten. Das bedeutet, dass dem Sozialarbeiter auch die Moderation von Teambesprechungen und Gruppengesprächen obliegt. Administrative Leistungen die vom Sozialen Dienst erbracht werden, sind u.a.:

- Die Konzeptionelle Weiterentwicklungen, Evaluation, Statistik, und Datenpflege.
- Die Dokumentation der individuellen Rehabilitationsverläufe, ist vor allem wichtig, da diese in geregelten Abständen den Kostenträgern vorzulegen sind. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr, dass der behinderte Mitarbeiter seinen Werkstattplatz verlieren kann bzw. die Maßnahme beendet wird.

#### Zusatzleistungen:

Auch die Organisation und Durchführung Arbeitsbegleitender Maßnahmen kann zum Aufgabengebiet des Sozialen Dienstes in einer Werkstatt gehören.

- Die Teilnahme und Organisation verschiedener Arbeitskreise und die Mitwirkung bei der Organisation und Durchführung von Bildungsmaßnahmen ebenfalls.
- In einigen Werkstätten ist der Soziale Dienst auch für die Organisation des Fahrdienstes verantwortlich.

Häufig obliegt dem Sozialen Dienst auch das Qualitätsmanagement, was jedoch nicht zwangsläufig von einem Sozialarbeiter ausgeübt werden muss.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit hat der Soziale Dienst die Aufgabe, Auskunft über den Auftrag, die Strukturen und Aufgaben einer Werkstatt sowie über die Qualität der hergestellten Produkte und Dienstleistungen aussagefähig zu sein.

- In diesem Zusammenhang übernimmt er einen großen Aufgabenbereich in Form von Besucherführungen durch die Einrichtung, ihm obliegt die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, aber auch die Zusammenarbeit in externen Arbeitskreisen.

Der Soziale Dienst hat einen sogenannten Ausbildungsauftrag.

- Dabei ist seine Aufgabe, Praktikanten/innen, Auszubildende und Studierende anzuleiten und auszubilden.
- Dadurch sind eine aktuelle fachliche Auseinandersetzung und eine professionelle Weiterentwicklung der sozialen Arbeit gegeben.
- Deshalb sind viele Soziale Dienste der Werkstätten, eine von den Hochschulen anerkannte Ausbildungsstelle.

#### Leistungen bei Krisen- und Konfliktsituationen sowie Suchtprophylaxe:

Eine weitere Aufgabe ist die Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen ggf. auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes oder weiteren Institutionen und Ansprechpartnern.

Eine Beratung aber auch Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuungspersonen und gesetzliche Vertreter/innen ist wichtig und unverzichtbar, für die Arbeit mit dem psychisch Kranken.

- Der Sozialarbeiter bietet Unterstützungsleistungen bei Angelegenheiten mit Behörden und Ämtern an, bei Bedarf kann man den Klienten sogar begleiten. Jedoch darf man keine Behördengänge selbst tätigen, da dies in den Aufgabenbereich des gesetzlich bestellten Betreuers fällt.

Im Zusammenhang der Krisenintervention stehen auch Maßnahmen zur Suchthilfe bzw. Suchtprophylaxe zur Verfügung.

Das Ziel dieser betrieblicher Hilfe ist es, die suchtkranken Beschäftigten zu einer Therapie zu bewegen. Dies versucht man, indem man den

Leistungsdruck höher als der Gewinn aus dem Suchtmittel werden lässt. Erwiesenermaßen können z.B. Alkoholranke in erster Linie über die Problemverschärfung am Arbeitsplatz zur Therapie bewegt werden. Hierzu sind folgende 5 Maßnahmen angedacht:

1. Maßnahme

- Ist ein erhöhter Alkoholkonsum aufgefallen, wird der Beschäftigte darauf hingewiesen, dass auf Grund des Alkoholmissbrauchs eine arbeitsvertragliche Verletzung vorliegt. Es findet daraufhin ein vertraulichen Gespräch statt, in dem nur der Sozialarbeiter und der Betroffene teilnimmt.

2. Maßnahme

- Nach einer erneuten Auffälligkeit kommt es auch zum erneuten Gespräch. Diesmal jedoch wird ein Suchtkrankenhelfer hinzugezogen. Außerdem erhält der Betroffene Informationsmaterial über Selbsthilfegruppen.

3. Maßnahme

- Nach einem erneutem Vergehen findet wieder ein Gespräch statt. Diesmal jedoch mit dem Vorgesetzten, der Personalleitung, dem Betriebsarzt und einem Betriebsratsmitglied. Das massive Aufgebot soll den Ernst der Lage deutlich machen, aber auch zeigen das dem Betrieb am betroffenen etwas liegt. Durch diese erneute Verletzung wird der Betroffene nun als Abhängigkeitskrank eingestuft. Dazu kommt, dass der Betroffene mündlich Verwarnt wird.

4. Maßnahme

- Zeigen die vorangegangenen Maßnahmen keine Wirkung, so muss der Leidensdruck erhöht werden. Dies erfolgt durch das hinzuziehen einer Personen aus dem privaten Umfeld. Desweiteren werden Therapiemaßnahmen eingeleitet, z.B. durch den Hausarzt. Hinzu kommt, dass der Beschäftigte eine schriftliche Abmahnung erhält.

## 5. Maßnahme

- Die fünfte und letzte Maßnahme erfolgt wieder in der Form eines Gesprächs. Dem Suchtkranken wird nun die Kündigung angedroht und bei Uneinsichtigkeit binnen einer Woche Bedenkzeit ausgesprochen.

Da jedoch die Kündigung einen vollständigen Zusammenbruch bedeuten kann, gerade bei Menschen mit Behinderungen, hat man eine Wiedereinstellungsklausel eingeführt. Diese besagt, dass sofern der Betroffene innerhalb eines Jahres abstinent geworden ist, wieder im Betrieb angestellt werden kann. Gerade im Bereich der chronisch psychisch Kranken kommt zur eigentlichen Diagnose sehr häufig eine oder mehrere Suchterkrankungen hinzu.

Um all diese Aufgaben abzudecken, wird der Sozialdienst auf unterschiedliche Weise aktiv.

- So kann dies zum einen auf Anfrage der Menschen mit Behinderungen geschehen, aber auch aus eigener Initiative des Sozialarbeiters.
- Andere Möglichkeiten sind, auf Anregung der Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung, auf Anfragen interner Fachbereiche, auf Ersuchen von Behörden und Leistungsträgern oder durch Kontaktaufnahme von Angehörigen und Betreuer/innen und anderen Institutionen.

Die Leistungen eines Sozialdienstes sind vielseitig und nehmen eine wichtige Rolle in der Arbeit mit chronisch psychisch Kranken in einer Werkstatt für behinderte Menschen ein. Der Soziale Dienst kümmert sich nicht um die Produktion, sondern in erster Linie um die Anliegen der betreuten Mitarbeiter.

## **4.2 Methoden und Arbeitsweisen des Sozialen Dienst**

Schwerpunkt der Arbeit im Sozialdienst ist die ganzheitliche Entwicklung des Menschen mit Behinderung und die Integration der Beschäftigten in die Gesellschaft. Dabei sind folgende Aspekte zu beachten, welche unerlässlich sind um ein positives Ergebnis zu erreichen. So ist die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen Ressourcen-, Individuen- und Umfeld bezogen orientiert. Ressourcenorientiert bedeutet, dass man sich den Fähigkeiten des Klienten anpassen muss. Diese sind durch die jeweilige Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt bzw. vorhanden. Gerade in der Behindertenarbeit bietet sich hier die Methode des Empowerments an. Im Vordergrund dieser Methode steht die Stärkung vorhandener Ressourcen und die Ermutigung zum Ausbau dieser Möglichkeiten. Ziel ist es die Klienten immer wieder zu motivieren um selbst gesetzte Grenzen zu überwinden. Individuen orientiert heißt, dass man entsprechend den situativen und individuellen Bedürfnissen der Beschäftigten agiert, welche schnell und häufig wechseln können. Umfeld bezogenes Arbeiten bedeutet, dass man das soziale Umfeld der Beschäftigten mit einbezieht. Oft führt dies nur zum Erfolg, wenn man aktiv den Austausch mit anderen Einrichtungen und Organisationen sucht. Im Falle der Werkstatt ist meist das Wohnheim der erste Ansprechpartner. Andere Ansprechpartner sind z.B. der gesetzlich bestellte Betreuer oder aber die eigene Familie des Klienten.

Es ist verständlich, dass gerade psychisch kranke Menschen eine soziale Gruppenarbeit oft ablehnen. Sie suchen gezielt das Einzelgespräch, da sie sich in diesem Zusammenhang sicherer fühlen.

Zu beachten sind ebenfalls die Besonderheiten in der Kommunikation mit psychisch kranken Menschen. Dies ist gekennzeichnet durch:

- Ein besonderes Sicherheitsbedürfnis der Menschen. Fast alle psychisch Kranken suchen einen sicheren Ort um überhaupt ins Gespräch zu kommen.
- Für den Sozialarbeiter ist es sehr wichtig seine Klienten gut zu kennen, damit eine Basis zur Kommunikation stattfinden kann.

- Von Vorteil ist, dass man weiß an welcher Erkrankung der Klient leidet. So kann man schon im Vorfeld abschätzen, was in der Beratungssituation auf einen zukommen wird. Man erkennt in den meisten Fällen, was ein mögliches Anliegen ist und was durch die Krankheit hervorgerufen wird.

Zusammenfassend lässt sich über die Arbeit des Sozialen Dienstes festhalten, dass sich eine individuelle und ressourcenorientierte Arbeitsweise entwickelt. Es gibt kein allgemein gültiges Schema, mit dem man arbeiten könnte. Jeder Fall ist bedingt durch die jeweilige Erkrankung und Lebensumstände ein Einzelfall. Das wichtigste für einen Sozialarbeiter ist das Vertrauen des Klienten, gerade in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen. Ohne Vertrauen kommt es in den meisten Fällen zu keiner zufriedenstellenden Zusammenarbeit beiderseits.

#### **4.3 Hilfe und Kontrolle**

Gerade in einer Werkstatt für behinderte Menschen, stellt sich dennoch die Frage, ob Hilfe und Kontrolle sich hier widersprechen?

Auch hier muss man immer das "Doppelmandat" der Sozialen Arbeit berücksichtigen. Eine zentrale Annahme prägt von je her die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit, welche jedoch in mehreren Fachdiskussionen inzwischen umstritten ist. Es geht um die Grundannahme, dass Soziale Arbeit in einem unauflösbaren Widerspruch von Hilfe und Kontrolle geprägt ist bzw. davon bestimmt wird. Theoretiker, die diese Auffassung vertreten, gibt es viele, u.a. Gildemeister 1983 und 1993 sowie Brunkhorst 1989. Hörster und Müller äußerte sich in diesem Zusammenhang folgendermaßen:

*"Wir gehen davon aus, dass die Sozialpädagogik tatsächlich unausweichlich auf ein Handlungsfeld verwiesen ist, in dem zunächst alle Handlungsaufforderungen und institutionellen Äußerungsmodalitäten durch die Topoi von Hilfe und Kontrolle vorstrukturiert sind. [...]. Die Platzanweisung an die Sozialpädagogik - ob ihr das schmeckt oder nicht - (lautet), die Aufgabe zu leisten, soziale Kontrolle möglichst präventiv mittels Anbietens von "Hilfen" zu bewirken; also zu bewirken, dass es*

*Devianten lohnend erscheint, sich "zu benehmen" und den übrigen, sich daran ein Beispiel zu nehmen, so dass der Einsatz von Zwangsmitteln und Sanktionen [...] auf das unvermeidbare Minimum beschränkt werden kann."* (Hörster/Müller, 1996: 616)

So gesehen scheint es wenig sinnvoll, diese oder andere ähnliche Aussagen zu bestreiten. Die Soziale Arbeit ist und bleibt an normative Vorgaben gebunden und kann Hilfen nur in Übereinstimmung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen erbringen. Und gerade dies schließt die Kontrolle zwangsläufig mit ein. Nur denjenigen kann geholfen werden, die bereit und/ oder in der Lage sind, sich helfen zu lassen. Was eine legitime Hilfe oder was der Anlass ist, unterliegt den rechtlichen Vorgaben und der normativen Entscheidung der Helfer. Somit muss man sagen, dass die Hilfe eben nicht im Widerspruch zur Kontrolle steht, sondern diese mit einschließt. Festzustellen ist, dass Soziale Arbeit Hilfe leistet zur Anpassung an gesellschaftliche Regeln und Normen, wobei sie den Erfolg der Hilfe kontrolliert. In den Werkstätten für behinderte Menschen, werden verschiedenste Hilfen angeboten. Im Zuge der Rehabilitation steht das Erlernen bzw. Wiedererlernen von beruflichen Fähigkeiten. Dazu gehören neben der Produktion auch Lebenspraktische Fähigkeiten.

Diese sind z.B.:

- das Einhalten von Arbeits- und Pausenzeiten
- Sauberkeit des Arbeitsplatzes / der Kleidung
- Pünktlichkeit u.v.m.

Diese Hilfen werden in einer Werkstatt durch den jeweiligen Gruppenleiter kontrolliert und in Form von Entwicklungsberichten an den Sozialen Dienst weitergegeben. Der Soziale Dienst seinerseits muss alle angebotenen Hilfen bei dem jeweiligen Kostenträger rechtfertigen. Somit kontrolliert der Kostenträger die Arbeit der behinderten Menschen und des Sozialdienstes.

Als Sozialarbeiter muss man ebenfalls alle Vorgehensweisen und Maßnahmen, die man in Betracht zieht, dem Kostenträger melden und begründen. Dieser wiederum stellt erst dann das Geld für die Betreuung des behinderten Menschen zur Verfügung. Die Prüfung der Kostenzusage

erfolgt in fest definierten Abständen. Würde diese Kostenzusage wegfallen, würde der betreute Mitarbeiter seinen Arbeitsplatz verlieren. Um aber gerade so etwas zu verhindern liegt es im Interesse des Sozialen Dienstes und den gesetzlich bestellten Betreuern, die fast jeder behinderte Mensch einer Werkstatt hat, genau dies zu verhindern. So schließt sich der Kreis auch wieder zur Hilfe und Kontrolle. Anhand dessen kann man resümieren, dass Soziale Arbeit und ihre Hilfen gerade in der Behindertenarbeit mit einer stetigen Kontrolle einher geht. Hilfe und Kontrolle ist in der Sozialen Arbeit kein Widerspruch, sondern sie koexistieren und schließen einander ein.

#### **4.4 Der rechtliche Hintergrund**

Die Arbeit des Sozialdienstes selbst wird von verschiedenen gesetzlichen Grundlagen definiert. Grundlage sind folgende Gesetze, welche den Sozialdienstauftrag näher bestimmen und somit auch definieren.

- Das Sozialgesetzbuch Neun, welches sich mit der Thematik der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen beschäftigt.
- Das Sozialgesetzbuch Zwölf, welches sich mit der Thematik der Sozialhilfe beschäftigt.

Speziell in den Werkstätten für behinderte Menschen, gibt es noch zusätzlich eine so genannte Werkstattverordnung. In dieser werden innerbetriebliche Abläufe und Prozesse festgeschrieben und sind im Qualitätsmanagement einer jeden Werkstatt zu finden. In jener Verordnung wird auch die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialen Dienst und allen internen Fachbereichen definiert.

#### **4.5 Überlegungen zur Inklusion**

In Politik und Presse wird immer mehr von „Inklusion“ geredet. Besonders im Bereich der Behindertenhilfe ist der Begriff mehr als aktuell. Auf Fachtagungen wird ein neuer „Weg von Werkstätten zu Inklusionsunternehmen“ angepriesen. Für das Personal der Werkstätten ist dies verwirrend, da es in dieser Art und Weise schon viele Jahre praktiziert wird. Statt Inklusion sagte man Teilhabe oder Eingliederung.



Was ist also bei der Inklusion anders? Inklusion soll bedeuten, dass jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird. Er soll die Möglichkeit haben an dieser in vollem Umfang teilzuhaben. Das bedeutet auch, dass ein behinderter Mensch als vollwertiges Mitglied unserer Gesellschaft die Möglichkeit haben muss seine persönlichen Berufswünsche zu verwirklichen. Fraglich ist, ob Werkstätten für behinderte Menschen im Hinblick auf diese Ziele tatsächlich als "Inklusionsvermittler" tätig werden oder doch Exklusionseinrichtungen sind.

*„Personen müssen zunächst als ausgegrenzt bzw. als behindert oder förderbedürftig bezeichnet werden, damit sich die fachliche Kommunikation der Maßnahmenprogramme anschließen kann. Wenn diese Programme – wie in Deutschland – zudem überwiegend im institutionellen Kontext hoch spezialisierter Sondereinrichtungen der Bildung, der Beschäftigung, des Wohnens und der Freizeitgestaltung erbracht werden, ist zu erwarten, dass sich die Exklusionsrisiken ihrer Adressaten noch weiter verschärfen (...)"*

*Dr. Gudrun Wansing*

Somit erzeugen und verstärken die professionellen Hilfesysteme zum Teil selbst jene Exklusionsrisiken, welche sie dann wiederum bekämpfen wollen. (Vgl. Wansing 2009, S. 709). Wichtig für die Werkstätten für behinderte Menschen ist, dass sie sich nicht in ihrer Arbeit entmutigen lassen. Gerade die positiven Integrationsleistungen für die behinderten Menschen sind ausschlaggebend. Besonders für jene Menschen mit Behinderungen, die in der Werkstatt eine dauerhafte Lösung zur Teilhabe am Arbeitsleben gefunden haben. Solange sich unsere Gesellschaft nicht grundlegend ändert, kann man eine WfbM keinen Vorwurf machen nicht inklusiv zu sein. Was nicht ausbleibt ist, dass man über bessere institutionelle Voraussetzungen nachdenkt um Exklusionsrisiken zu verhindern. Benötigt man zur Bewältigung all dieser komplexen Aufgaben einen Begriff der Inklusion? Man kann sich darüber streiten, jedoch reichen im Zusammenhang mit den Werkstätten für behinderte Menschen, die vorhandenen Begriffe der Teilhabe und der Eingliederung völlig aus.

## **5. Schlussfazit**

*"Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann. Lassen Sie uns die Behinderten und ihre Angehörigen auf ganz natürliche Weise in unser Leben einbeziehen. Wir wollen ihnen die Gewissheit geben, dass wir zusammengehören."*

**Richard von Weizsäcker**

Dennoch begegnen viele Menschen dem Thema der Behindertenarbeit mit Missachtung und Geringschätzung. Eine Zusammenarbeit kommt für viele nicht zu Stande, da diese Menschen von der allgegenwertigen Norm abweichen und nicht so leistungsfähig sind, wie es vielleicht gesunde Menschen sind. Diese Ablehnung ist nicht nur in der Gesellschaft vorhanden, sondern existiert auch bei vielen Arbeitgebern. Erstaunlich ist doch, dass nach Schätzungen 18% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, regelmäßig ärztliche Hilfe benötigen. Jedoch nicht wegen körperlichen Gebrechen, sondern in Folge einer psychischen Beeinträchtigung. Dies stellt einen erheblichen Anteil unserer Gesellschaft dar. Was aber passiert mit den behinderten Menschen durch diese Geringschätzung? Oft passiert es, dass sich psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen, auf Grund der negativ erlebten Reaktionen ihrer Mitmenschen, zurückziehen oder sich ausgegrenzt fühlen. Jedoch muss man wissen, dass psychisch Kranke ihre Umwelt, ihre Mitmenschen und sich selbst anders als gesunde Menschen wahrnehmen. Deshalb denken viele, dass sie in der Welt der "gesunden Menschen" keinen Platz haben. Leider bestärken Reaktionen, Meinungen oder Äußerungen nicht Betroffener dieses Klischee. Natürlich sind sie in bestimmten Belangen weniger belastbar, reagieren in einigen Situationen überraschend oder wirken eigenartig in ihrem Tun oder ihrem Handeln. Akzeptanz und Toleranz dieser Eigenarten kann die Situation erheblich verändern und verbessern. Leider fehlt dieses Verständnis vielen Menschen, welche als gesund gelten. Im Zuge dessen muss auf jeden Fall mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden um falsche Interpretationen zu verhindern und fehlerhafte Klischees abzubauen bzw. überhaupt erst

entstehen zu lassen. Angebracht ist dies nicht nur in Schulen, sondern gerade auf die Sicht der beruflichen Rehabilitation, auch in jedem größeren Betrieb. Jeder sollte wissen, was es heißen kann an einer psychischen Erkrankung zu leiden und wie schnell man selbst betroffen sein kann. Auf der anderen Seite muss man den "gesunden" Menschen aufzeigen, wie einfach sie einem psychisch Kranken helfen können. So schließt sich wieder der Kreis zur Akzeptanz und Toleranz, welche eine Basis bilden um einander besser zu verstehen. Auch eine Werkstatt für behinderte Menschen ist sehr häufig mit negativen Klischees behaftet. So gilt sie oft als Ort, wo die Kranken basteln und spielen. Was jedoch wirklich hinter dieser Einrichtung steckt, bleibt vielen durch mangelndes Interesse verborgen. Ein Ausblick auf die Arbeit der Werkstätten für behinderte Menschen zeigt, dass auch in diesem Bereich in den kommenden Jahren ein Fachkräftemangel zu beklagen sein wird. Hinzu kommt das Wegbrechen der Zivildienstleistenden, immer weniger FSJler, von denen gerade Einrichtungen im sozialen Bereich profitieren. Wenn diese nun wegbleiben, wird es sicher für einige Einrichtungen schwer ihrer gewohnten Norm gerecht zu werden bzw. sie zu erhalten. Was somit die Zukunft in diesem Spektrum bringt, wird sich erst zeigen müssen. Gerade für die behinderten Menschen und die chronisch psychisch Kranken wäre es mehr als Wünschenswert, dass es solche Einrichtungen wie eine Werkstatt immer geben wird. Viele haben neben einem Arbeitsplatz, der ihnen Spaß macht und ihren individuellen Bedürfnissen angepasst ist, vor allem Freundschaften bis hin zu Partnerschaften für das ganze Leben gefunden. Die Werkstatt ist somit für sie zu einem Ort der Sozialisation geworden und man kann nur hoffen, dass dieser immer erhalten werden kann. Darum kann man nur jeden ermutigen, der vor hat in diesem Arbeitsfeld tätig zu werden. Diese Arbeit macht nicht nur Spaß, sondern ist oftmals auch anstrengend. Jedoch ist es der beste Lohn, wenn man Erfolge erzielen kann und somit die Lebensqualität in einigen belangen steigern kann. Einblicke kann man ohne Ausbildung oder Qualifikation bereits als Schüler in Form eines Schülerpraktikums oder als Ferienarbeit erlangen, um ein Gefühl für die Behindertenarbeit zu bekommen. Deutlich

wird jedoch, dass kein Studium, Lehrgang oder Zusatzausbildung menschliche Qualitäten wie Humor, Belastbarkeit, Kreativität, Kooperationsbereitschaft und Einsatzfreude vermitteln kann. Man kann als Sozialarbeiter die Welt nicht retten. Aber man kann seinen Beitrag leisten, sie ein Stück weit besser zu gestalten.

## 6. Begriffserklärungen

### *Aktion T4*

Die sogenannte "Aktion T4" begann 1939. T4 steht für "Tiergartenstrasse Nummer 4" in Berlin, wo die Ermordung von fast 200.000 körperlich und geistig behinderten Menschen beschlossen wurde.

### *Aktion Gnadentod*

siehe Aktion T4

### *Enzyklopädist*

Der Begriff Enzyklopädist bezeichnet im weiteren Sinne jemanden, der das gesamte Wissen seiner Zeit in Form einer Enzyklopädie zusammenfasst oder herausgibt. Eine Enzyklopädie ist ein besonders umfangreiches Nachschlagewerk.

### *Eugenetik*

Die Auffassung einer "guten und reinen" Genetik.

### *Euthanasie*

1. (Medizin) Erleichterung des Sterbens, besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika
2. (Medizin) absichtliche Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Medikamente oder durch Abbruch der Behandlung
3. (nationalsozialistisch verhüllend) systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen

### *Exorzismus*

[Praktik der] Austreibung von vermeintlich vorhandenen Dämonen, bösen Geistern.

### *Feudalherr*

Vertreter der herrschenden Oberschicht in einem Feudalstaat.

### *Irrenspitäler*

Ist ein anderes Wort für Irrenanstalt.

### *Open-door-System*

Offentürsystem, freie Behandlung der Geisteskranken in Irrenanstalten.

### *Psychopathologie*

Wissenschaft und Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, besonders von Psychosen und Psychopathien.

### *Psychopharmaka*

Psychopharmaka werden verschiedene Arzneimittel zusammengefasst, die eine steuernde Wirkung auf die psychischen Abläufe im Menschen ausüben und darum in der modernen Medizin zur Behandlung seelischer Störungen verwendet werden.

### *somatisch*

Somatisch heißt den Körper betreffend.

### *Spiritismus*

Glaube an Geister, Beschwörung von Geistern [Verstorbener] bzw. der Kontakt mit ihnen durch ein Medium.

## **7. Anlagenverzeichnis**

Anlage I : Entstehungs- und Verlaufsmodell psychischer Erkrankungen

Anlage II : Differentialdiagnose der psychotischen Störungen

Anlage III : IBRP - Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan

Anlage IV : "Rodewischer Thesen"

## Anlage I

Abb. 2

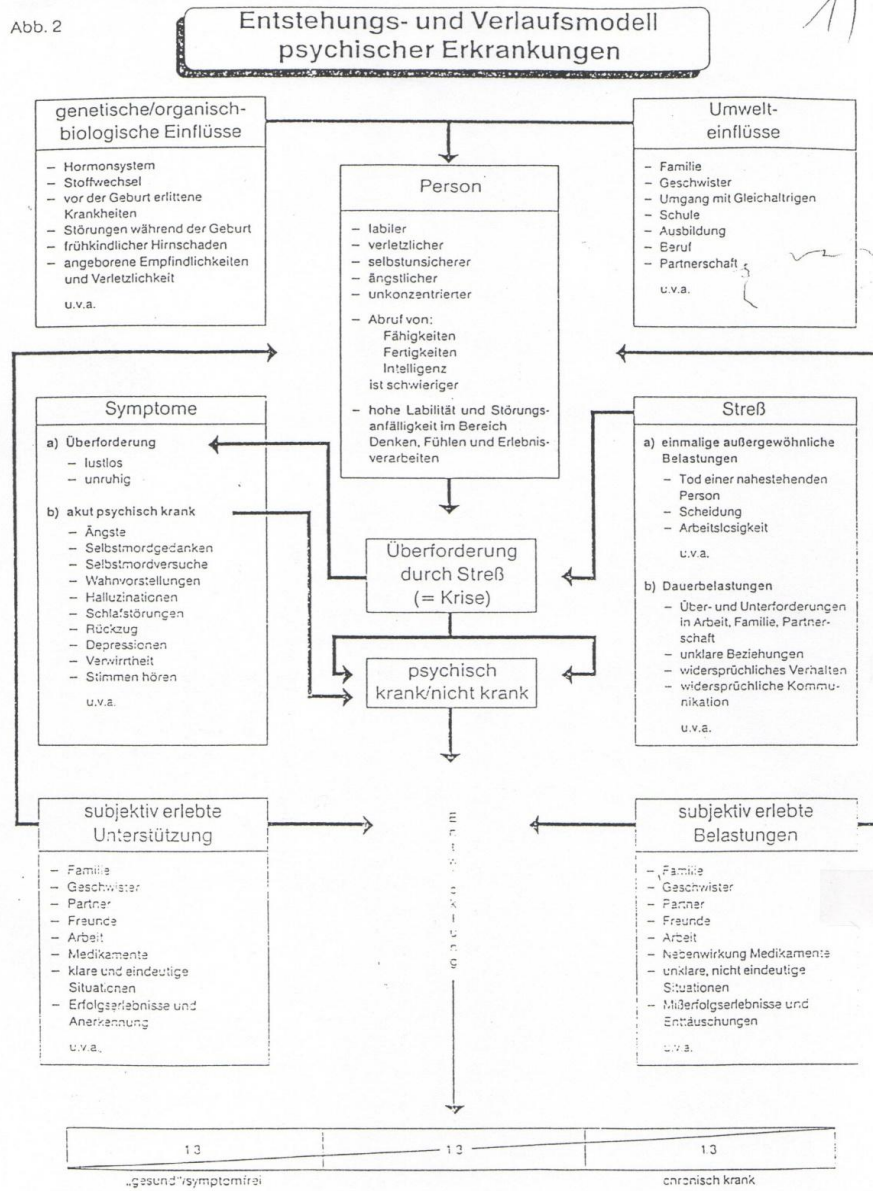
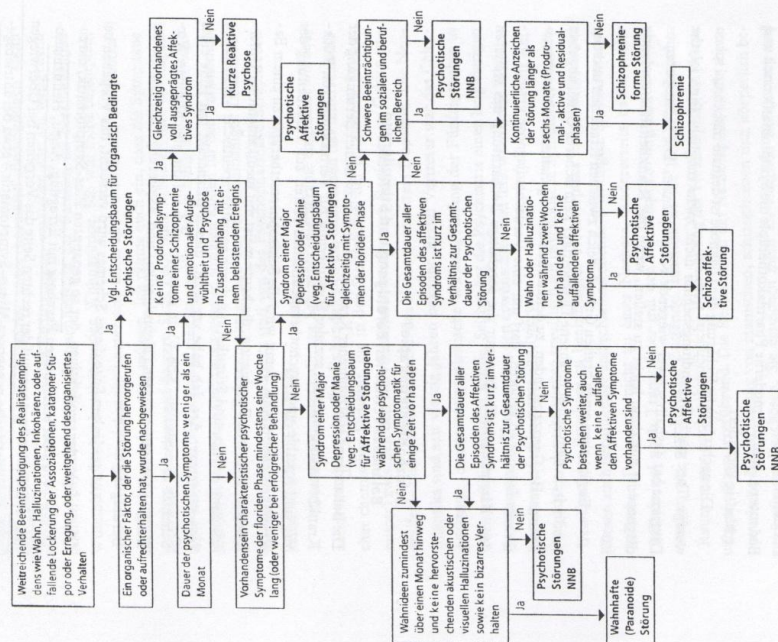




ABBILDUNG 3  
Differentialdiagnose



Die beiden geltenden Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM IV unterscheiden sich bei der Einteilung von Unterformen und Verlaufsbildern der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Das hängt auch damit zusammen, dass eine solche Einteilung mehr oder weniger willkürlich ist. Sie orientiert sich am jeweiligen Zustandbild und nicht am langfristigen Verlauf. Es versteht sich, dass die Unterform genauso durch Beschreibung abgegrenzt wird wie die Krankheit selbst. Andererseits kann die Art der Symptome von Krankheitsepisode zu Krankheitsepisode wechseln. Einmal können paranoide Symptome, das andere Mal katatonie, das dritte Mal depressive und das vierte Mal schließlich hebelreine Symptome im Vordergrund stehen. Es ist richtig, dass bestimmte Formen, wie etwa die paranoide Schizophrenie, stabiler sind als andere. Andererseits ist durch die Zuordnung von Kranken zu bestimmten Typen der Schizophrenie wenig gewonnen. Manche Unterformen sind im Lauf der Psychiatriegeschichte zu besonders signifikantem Einfluss geworden. Dazu gehören die Hebelphrenie und die Schizophrenia simplex. Zurückhaltung ist deshalb geboten. Dennoch sei hier eine tabellarische Übersicht nach ICD 9 und 10 vermittelt.

### Einteilung der Schizophrenie-Formen nach ICD 10 und ICD 9

| ICD 10 |                                | ICD 9                |
|--------|--------------------------------|----------------------|
| F20.0  | Schizophrenie                  | 295                  |
| F20.1  | paranoide Schizophrenie        | 295.0                |
| F20.2  | hebefrene Schizophrenie        | 295.0                |
| F20.3  | katatone Schizophrenie         | 295.2                |
| F20.3  | undifferenzierte Schizophrenie | 295.3                |
| F20.4  | postschizophrenes Depression   | 295.4                |
| F20.5  | schizophrenes Residuum         | 295.5                |
| F20.6  | Schizophrenia simplex          | 295.6                |
| F20.8  | andere                         | 295.7                |
| F20.9  | nicht näher bezeichnet         | 295.8                |
|        |                                | andere Formen        |
|        |                                | unspezifische Formen |

## Anlage III

AKTION PSYCHISCH KRANKE: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen A1) Stand März 2005

### A1 Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP

☐ erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ Fortschreibung des Plans vom \_\_\_\_\_ erstellt am \_\_\_\_\_

#### 1. Sozialdaten

Klient/in \_\_\_\_\_ nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson) \_\_\_\_\_

|                                 |                           |   |               |
|---------------------------------|---------------------------|---|---------------|
| Name _____                      | Vorname _____             | Name _____  | Vorname _____ |
| Straße _____                    |                           | Straße _____  | Telefon _____ |
| Postleitzahl _____              | Wohnort _____             | Postleitzahl _____  | Wohnort _____ |
| Telefon _____                   |                           | Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?   |               |
| geboren am _____                | Geburtsort _____          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:<br><input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer<br><input type="checkbox"/> Bevollmächtigung                       |               |
| Beruf _____                     | Staatsangehörigkeit _____ | wenn ja: Name _____ Vorname _____   |               |
| Krankenkasse _____              |                           | Straße _____ Telefon _____  |               |
| Versicherungsnummer _____       | Geschäftsstelle _____     | Postleitzahl _____ Wohnort _____  |               |
| Rentenversicherungsträger _____ | SV-Nummer _____           | Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person:   |               |
| Arbeitsagentur _____            | Stammnummer _____         | <input type="checkbox"/> Aufenthalt<br><input type="checkbox"/> Gesundheitsangelegenheiten<br><input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten<br><input type="checkbox"/> Sonstiges |               |

#### 2. bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen: \_\_\_\_\_

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):  
☐ schriftlich ☐ mündlich  
☐ in Fall-/Personenkonferenzen

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung betrug durchschnittlich: \_\_\_\_\_

Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?  
☐ ja ☐ nein

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/Betreuungsleistung benannt?  
☐ ja ☐ nein

wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt: \_\_\_\_\_

wenn ja, folgende Stelle/Person: \_\_\_\_\_

folgende Berufsgruppen waren beteiligt:  
☐ Arzt/Ärztin ☐ Psychologe/in  
☐ Ergotherapeut/in ☐ Sozialarbeiter/in  
☐ Krankenschwester/-pfleger ☐ sonstige (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Klient/in \_\_\_\_\_



### 3. Übersichtsbogen

|   | Wohnsituation            |                          |                          |                          |                          |                          | Arbeitssituation         |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | allein                   | zu zweit                 | mit Familie              | Kleingruppe              | Großgruppe               | wohnungslos              | Vollzeit-Beschäftigung   | Teilzeit-Beschäftigung   | Ausbildung/Weiterbildung | Orientierung/Erprobung   | Hausfrau / Hausmann      |
| zu Beginn des Planungszeitraumes        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veränderungen im / für Planungszeitraum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| langfristige Veränderungen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |   |
|---|---|
| <b>aktuelle Situation / Problemlage</b><br>im Hinblick auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ vorrangige Störungen</li> <li>◦ Krankheitsbewältigung</li> <li>◦ lebensfeldbezogene Fähigkeiten/Fähigkeitsstörungen</li> <li>◦ situative Faktoren</li> <li>◦ belastende Lebenssituation</li> </ul> | <b>Ziele</b><br>vorrangige therapeutische Ziele bezogen auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen</li> <li>◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten</li> <li>◦ Symptomatik, Befindlichkeit</li> </ul> |
|   |   |

ent/in \_\_\_\_\_

| Vorgehen   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>I. eigene Aktivitäten des Hilfesuchenden</b>  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Arbeitsaufnahme<br><input type="checkbox"/> 2. Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 3. Studium<br><input type="checkbox"/> 4. Berufliche Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Sonstige berufliche Aktivitäten<br><input type="checkbox"/> 6. Sonstige Aktivitäten  |  |  |  |  |
| <b>II. Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung<br><input type="checkbox"/> 2. Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> 3. Unterstützung bei der Suche nach einer Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 4. Unterstützung bei der Suche nach einer Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Unterstützung bei der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 6. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 7. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 8. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 9. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 10. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit |  |  |  |  |
| <b>III. besondere Hilfen zur Vermittlung und Arbeitsaufnahme</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung<br><input type="checkbox"/> 2. Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> 3. Unterstützung bei der Suche nach einer Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 4. Unterstützung bei der Suche nach einer Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Unterstützung bei der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 6. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 7. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 8. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 9. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 10. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit |  |  |  |  |
| <b>IV. Förderung beruflicher Kompetenz / Qualifikation</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung<br><input type="checkbox"/> 2. Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> 3. Unterstützung bei der Suche nach einer Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 4. Unterstützung bei der Suche nach einer Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Unterstützung bei der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 6. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 7. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 8. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 9. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 10. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit |  |  |  |  |
| <b>V. arbeitsbezogene psychosoziale Hilfen</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung<br><input type="checkbox"/> 2. Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> 3. Unterstützung bei der Suche nach einer Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 4. Unterstützung bei der Suche nach einer Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Unterstützung bei der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 6. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 7. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 8. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 9. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 10. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit |  |  |  |  |
| <b>VI. Beschäftigung als Hilfe zur Tagesgestaltung</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung<br><input type="checkbox"/> 2. Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> 3. Unterstützung bei der Suche nach einer Ausbildung<br><input type="checkbox"/> 4. Unterstützung bei der Suche nach einer Weiterbildung<br><input type="checkbox"/> 5. Unterstützung bei der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 6. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 7. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 8. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 9. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> 10. Unterstützung bei der Suche nach einer anderen beruflichen Tätigkeit |  |  |  |  |





### 3 b Spezieller Hilfebedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung

| aktuelle Situation / Problemlage  | Ziele  |
|---|--|
| <b>Arbeits- oder Beschäftigungssituation</b>  | <b>allgemeine Ziele</b>  |
| <input type="checkbox"/> aktuelles Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis (Art und Umfang):<br><br><input type="checkbox"/> Juristisches Verhältnis:<br><br><input type="checkbox"/> ohne regelmäßige Beschäftigung seit:<br><br><input type="checkbox"/> Ende der letzten Beschäftigung wegen: | <input type="checkbox"/> Erhalt des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses<br><input type="checkbox"/> Veränderung notwendig<br><input type="checkbox"/> Erhalt der aktuellen Situation<br><input type="checkbox"/> Änderung der Beschäftigung ohne Wechsel des Arbeitgebers<br><input type="checkbox"/> neue Arbeits- oder Beschäftigungssituation<br><input type="checkbox"/> Klärung der Arbeitsperspektive<br><input type="checkbox"/> Erläuterungen / Sonstiges: |
| <b>Fähigkeiten / Ausbildung / Interessen</b>  | <b>Umfang der Arbeit oder Beschäftigung</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> angestrebter / möglicher Umfang: Std. / Woche<br><input type="checkbox"/> regelmäßig an Tagen / Woche<br><input type="checkbox"/> flexible Arbeitszeit unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen<br><input type="checkbox"/> Schichtarbeit, Nacharbeit, Wochenendarbeit möglich<br><input type="checkbox"/> Sonstiges:  |
|   | <b>Art der Arbeit / Beschäftigung / berufliche Förderung</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt<br><input type="checkbox"/> mit Förderung<br><input type="checkbox"/> besonderer Arbeitsmarkt (z.B. WfbM, Zuverdienst o.ä.)<br><input type="checkbox"/> Praktikum<br><input type="checkbox"/> Fördermaßnahme:<br><input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit<br><input type="checkbox"/> Förderung der Arbeitsaufnahme<br><br><input type="checkbox"/> Sonstiges:                                      |
| <b>Beeinträchtigungen (Vermittlungshindernisse, Einschränkungen)</b>  | <b>vorrangige persönliche Ziele</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> Verdienst / Entgelt in Höhe von:<br><input type="checkbox"/> Kompetenzentwicklung in Bezug auf:<br><input type="checkbox"/> berufliche Qualifikation<br><input type="checkbox"/> soziale Kompetenz<br><input type="checkbox"/> Grundfähigkeiten<br><input type="checkbox"/> Sonstiges:<br><input type="checkbox"/> Teilhabe / Kontakt<br><b>weitere Zielbeschreibung:</b>   |



### 5. abweichende Sichtweise der Klientin / des Klienten

In Stichworten beschreiben, wenn in Bezug auf aktuelle Situation/Problemlage, Ziele, Hilfebedarf und Hilfen abweichende Sichtweisen bestehen; Kompromissbildung skizzieren:

### 6. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehabilitationsplans beteiligt:

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt:

- ☐ Arzt/Ärztin ☐ Psychologe/in  
☐ Ergotherapeut/in ☐ Sozialarbeiter/in  
☐ Krankenschwester/-pfleger ☐ Sonstige

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin  
☐ ja ☐ nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen  
☐ ja ☐ nein ☐ entfällt

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer  
☐ ja ☐ nein ☐ entfällt

Anmerkungen/Erläuterungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen/Instrumente

Bögen / Instrumente bitte angeben:

### 8. Vereinbarung zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

koordinierende Bezugsperson:

fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

verbindlich vereinbart: ☐ ja ☐ nein

Anschrift \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Abstimmung: \_\_\_\_\_

Vertretung: \_\_\_\_\_

bei Krisen: ☐ ja ☐ nein

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. Unterschriften

Datum \_\_\_\_\_ Klient/in \_\_\_\_\_ ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in \_\_\_\_\_ federführende Person der Hilfeplanung \_\_\_\_\_

### 10. Datenschutzregelung/Schweigepflicht

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des IBRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 4 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind.

Datum \_\_\_\_\_ Klient/in \_\_\_\_\_ ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in \_\_\_\_\_

Klient/in \_\_\_\_\_

# *Rodewischer Thesen*

---

Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation  
vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland (DDR)



## Empfehlungen

„Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“

Je klarer über die klinisch-medizinische Führung des Kranken hinaus seine soziale Wiedereingliederung als ärztliche Aufgabe erkannt und bejaht wird, desto konsequenter müssen klinisch-medikamentöse Therapie und sozial wirksame Heil- und Betreuungsmethoden integriert werden in einer komplexen rehabilitationsgezielten Therapie. Moderne medikamentöse Behandlungsverfahren und aktive Soziotherapie, beide unter optimalen Heilbedingungen, bilden eine untrennbare Einheit im Denken und Handeln der Ärzte und des Pflegepersonals. Bei den akut Kranken muss vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das „Antipsychotische“ hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein (Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben). Bei den chronisch Kranken gilt es, diese unter psychohygienisch positiv wirksame heilfördernde Bedingungen zu stellen, sich nicht mit der Auffassung von der Irreparabilität sogenannter, zumindest fraglicher Defektzustände abzufinden, sondern weit stärker als bisher die klinischen Heilmaßnahmen anzuwenden. Das Schwergewicht aller Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei den Kranken, die einen höhergradigen krankheitsbedingten biologischen, psychischen und sozialen Leistungsabfall aufzuweisen haben. Alle medizinisch-sozialen Rehabilitationsmaßnahmen – institutionellen oder administrativen Charakters – können erst dann als ausreichend angesehen werden, wenn es gelingt, die chronischen Verlaufsformen der Psychosen und die Ausbildung sogenannter Defektzustände – zumindest der graduellen Ausprägung nach – zu reduzieren und einen großen Prozentsatz von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen beruflich und sozial wieder einzugliedern, ihnen zu einem Leben in sozial verantwortlicher wie freier Verfügbarkeit zu verhelfen.

Hierbei ist Folgendes vordringlich:

1. Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der sogenannten Defektbildung ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung („komplexe Therapie“) reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaka über die vielfältigsten Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppenpsychotherapeutischen Verfahren: die Anwendung neuroleptischer Psychopharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kur mäßig (kurzzeitig begrenzt hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert, sogenannte Dauereinstellungen) unter ständiger ärztlicher Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.
2. Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken „anders“ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.
3. Die Rehabilitation wird erleichtert durch Profilierung der Krankenstationen mit jeweils besonderer Betonung der therapeutischen Inhalte entsprechend der Zusammensetzung

der Patienten. Insbesondere sind die klinischen Stationen für akut Erkrankte von denen für chronisch Kranke zu trennen, wobei die jeweils besondere Struktur des Krankenhauses und die örtlichen Bedingungen gewahrt bleiben sollen. Ganz besonders ist eine Differenzierung von Jugend- und Alterstationen erforderlich. Bei verstärkter ärztlicher Besetzung und mit erreichter Bettenauflockerung werden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in dem ihnen zukommenden Maße auf entsprechenden Fachstationen Neurosebehandlungen übernehmen.

4. Durch planvolle Reorganisation und Modernisierung müssen die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken personell, materiell und institutionell in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen der modernen komplexen psychiatrischen Therapie zu entsprechen. Die noch bestehenden Unterschiede in den Haushalts- und Stellenplänen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern sind unberechtigt und müssen beseitigt werden.

5. Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem eng verbunden arbeitet, oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.

6. Dringend erforderlich sind Übergangslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muss die Errichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefordert werden.

7. Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.

8. Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur unbedingt erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muss darin zum Ausdruck kommen, dass alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen daraufhin zu korrigieren. In Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.

9. Durch die Ministerien für Gesundheitswesen sollte ein intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Basis über Fragen der psychiatrischen Rehabilitation organisiert und gefördert werden. Durch das Vergeben von Forschungsaufträgen an psychiatrische Facheinrichtungen, die sich besonders intensiv mit den Fragen der psychiatrischen Rehabilitation befassen, soll die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Bereiches vorangetrieben werden, wobei den Fragen der sogenannten Krankheiten und dem Verhalten der Kranken außerhalb des Krankenhauses besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Forschungsarbeiten an psychiatrischen Facheinrichtungen des Gesundheitswesens sollen in Absprache bzw. mit unterstützender Beteiligung der regional zuständigen Hochschulkliniken vorgenommen werden. 10. Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen

Tätigkeit der medizinischen Facheinrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müssten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen. Jeder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sollte vor Übernahme einer selbständigen Tätigkeit sowohl mindestens ein Jahr in einer Hochschulklinik als auch ein Jahr in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus im Rahmen seiner Fachausbildung tätig gewesen sein.

## *Empfehlungen* „Arbeitstherapie“

Die Arbeitstherapie ist ein Teil der Komplextherapie aller psychischen Erkrankungen. Sie wird ärztlich verordnet und ist eine therapeutische und rehabilitatorische Maßnahme. Im Rahmen der psychiatrischen Einrichtung stellt die Arbeitstherapie zahlreiche ökonomische Probleme. Dennoch ist der wirtschaftliche Wert dieser Therapie von sekundärer Bedeutung. Ihre Hauptaufgabe ist nicht, Werte zu schaffen, sondern dem psychisch kranken Menschen bei der Stärkung bzw. Integration seines Selbstbewusstseins und seines Kontaktstrebens zu helfen. Der Akzent liegt nicht auf der Quantität der Produktion und der Qualität der Produktion, sondern auf dem individuellen Erlebnis, wieder tätig zu sein und etwas zu schaffen, das seinen Wert auch für die Gesellschaft hat, d. h. Arbeitstherapie muss stets sinnvoll gestaltet werden und sollte schöpferische Kräfte wecken. In diesem Sinne gilt die Forderung SIMON's nach „aktiver psychiatrischer Therapie“ auch heute noch. Notwendig ist frühestmöglicher Einsatz der Arbeitstherapie, unter Umständen schon während der körperlichen und medikamentösen Behandlung, jeweils nach Sachlage des Einzelfalles. Im akuten Stadium der Erkrankung kann auf ärztliche Anordnung die Arbeitstherapie (nach Babajan) in passiver Form angewendet werden. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen gewinnt die aktive Arbeitstherapie an Bedeutung. Das ärztliche Ziel ist, über die Arbeitstherapie eine frühestmögliche Entlassung des Kranken zu erreichen. Günstigenfalls führt die Arbeitstherapie zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess; stets sollte sie die Zurückführung in die prämorbid soziale Struktur des Erkrankten anstreben oder die Voraussetzungen hierfür schaffen. Die Arbeitstherapie soll möglichst von den ausgebildeten Arbeitstherapeuten angeleitet werden. Festlegung des Ausbildungsganges und des Berufsbildes für Arbeitstherapeuten ist notwendig. Da die Arbeitstherapie eine therapeutische Maßnahme ist, kann der Patient im stationären Bereich lediglich eine Arbeitsbelohnung erhalten. Die Arbeitstherapie wird in den psychiatrischen Einrichtungen in verschiedenen Formen angewandt, z. B. zur Verbesserung des Milieus, sie kann in landwirtschaftlichen Arbeiten bestehen; zum anderen können Teilfertigungen für Industriebetriebe durchgeführt werden, die jedoch nicht an Produktionsauflagen und Termine gebunden sein dürfen. Von Betrieben, die Arbeitsaufträge geben, ist die geleistete Arbeit entsprechend an die Einrichtung zu vergüten. Ein angemessener Anteil muss für Zwecke der Patientenbetreuung unmittelbar zur Verfügung gestellt werden. Eine wissenschaftlich überzeugende Klärung der Wirkung der Arbeitstherapie ist noch nicht

gelingen. Versuche in dieser Richtung bleiben so lange hypothetisch, bis die pathophysiologischen und neuropathologischen Grundlagen der Psychosen – insbesondere der endogenen – aufgeheilt sind. Unsere bisherigen Therapieformen haben sich empirisch entwickelt. Dies gilt für die Arbeitstherapie ebenso wie für die Pharmakotherapie der Psychose. Es muss Ziel der Forschung sein, für die jeweiligen Krankheitsbilder die günstigsten arbeitstherapeutischen Möglichkeiten, die den größten therapeutischen Effekt haben, zu finden. Ein Patient, der durch Komplextherapie gut gebessert ist und in der Lage ist, unter fachlicher Anleitung und Fürsorge gute Arbeit zu leisten, aber nicht in das häusliche Milieu entlassen werden kann, muss in eine beschützende Umgebung entlassen werden. Es sind hierfür neue, noch nicht überall gebräuchliche Lösungen zu finden, z. B. Kollektive in der Landwirtschaft, Wohnheime mit Arbeitsmöglichkeiten in Industriebetrieben und anderen Einrichtungen, z. B. Tagesstationen und Nachtsanatorien. Außerdem ist die weitere Einrichtung von Heilwerkstätten zu planen.

Ein Erfahrungsaustausch zwischen den sozialistischen Ländern über Möglichkeiten der Verbesserung der Arbeitstherapie ist notwendig.

## ***Thesen***

### zum Rahmenthema Kinderpsychiatrie

Teilgebiet Probleme des Schwachsinn

Eine völlige Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinn ist notwendig. Die Problematik ist heute wichtiger und aktueller als früher.

Es müssen wissenschaftliche Ergebnisse erarbeitet werden hinsichtlich Ursachenforschung, Behandlungs- und Erziehungsmethoden. Die Gesellschaft muss von den Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren, um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen.

Warum ist die Gesamtproblematik des Schwachsinn heute wichtiger denn je?

- a) Durch Rückgang der Säuglingssterblichkeit (Prophylaxe, Frühgeburten-Stationen) bleiben mehr geschädigte Kinder am Leben.
- b) Folgezustände von zerebralen Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die zum Schwachsinn führen, sind heute häufiger als früher durch die Erfolge der modernen medikamentösen Behandlung.
- c) Bedeutende Entdeckungen auf dem Gebiet der Schwachsinnforschung wurden in den letzten Jahren gemacht, die neue prophylaktische und therapeutische Wege zeigen, z. B. Stoffwechselstörungen durch Enzymdefekte (Prophylaxe bei Phenylketonurie).

Es müssen folgende Punkte erarbeitet werden:

1. System einer gut organisierten Früherfassung aller intellektuell und charakterlich auffällig werdenden Kinder.

2. Einrichtung von Beobachtungskliniken:

Teamarbeit: zwischen Pädiater, Psychiater, Neurologen, HNO- und Augenarzt, Orthopäden, Psychologen und Pädagogen mit folgenden Aufgaben:

- a) umfassende klinische Diagnostik
- b) Festlegung eines Ausbildungs- und Förderungsplanes
- c) Vorschläge zu einer guten Organisation einer Neuropsychiatrischen oder einer neurologisch und psychiatrischen Beobachtungsklinik.

## 8. Quellen und Literaturverzeichnis

- Ackerknecht, Erwin: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967.
- Alexander, Franz G., Selesnick, Sheldon, T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969.
- Arolt, Volker: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004.
- von Aretin, Cajetan: Die Erbschaft des Königs Otto von Bayern. Höfische Politik und Wittelsbacher Vermögensrechte 1916 bis 1922. Beck, München
- Basaglia, Franco: Was ist Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1974.
- Binding, Karl: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Von Karl Binding und Alfred Hoche. Leipzig. 1920.
- Blasius, Dirk: Deutsche Erinnerung. Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. IN: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen. Kontroversen. Perspektiven. Tübingen. 2001.
- Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. 1955.
- Bohnsack, Hanno: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1991.
- Bumke, Oswald: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München. 1942.
- Ders.: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn. 1998
- Ders.: Die armen Irren. Das Schicksal der seelischen Kranken. Düsseldorf. 1972.
- Dilling, Horst u.a.: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern/ Göttingen u.a. 2000.
- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main. 1995.
- Gildemeister : Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Neuwied, 1983
- Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Für Aerzte und Studierende. Stuttgart. 1871.
- Gruhle, Hans: Allgemeine Psychiatrie. IN: Gruhle, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1952.
- Häfner, Heinz: Ein König wird beseitigt. Ludwig II von Bayern. C. H. Beck Verlag, München 2008, S. 330 ff.
- Heiner, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Berlin 2004.

- Klee, Ernst: „Euthanasie“ im NS-Staat. Frankfurt 1983.
- Klug, Jürgen: Psychiatrische Diagnosen. Einflussfaktoren auf die Stabilität im zeitlichen Verlauf. Basel. 1983.
- Kollé, Kurt: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1960.
- Kramer, Heinrich: Nürnberger Hexenhammer 1491. Jerouschek, Günther (Hrsg.): Mit Vorwort. Transkription des deutschen Textes und Glossar. (Faks. der Handschrift von 1491 aus dem Staatsarchiv Nürnberg). Hildesheim. 1992.
- Krafft-Ebing, Richard v.: Lehrbuch der Psychiatrie. Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. Korsig, E. (Hrsg.) mit Vorwort. Saarbrücken. 2007.
- Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako- Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. (Internetquelle)
- Marneros, Andreas: Das Wort Psychiatrie... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart. 2005.
- Möller, Hans J.: Psychiatrie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Stuttgart. 2002.
- Peters, Helge/ Helga Cremer-Schäfer 1975. Die sanften Kontrolleure. Wie Sozialarbeiter mit Devianten umgehen. Stuttgart: Enke
- Richter, Arndt : Die Geisteskrankheit der bayerischen Könige Ludwig II. und Otto. Eine interdisziplinäre Studie mittels Genealogie, Genetik und Statistik. Degener & Co., Neustadt an der Aisch.
- Schweiggert, Alfons t: Schattenkönig. Otto, der Bruder König Ludwig II. von Bayern, ein Lebensbild. Ehrenwirth, München 1992
- Störr/ Hohmann : Qualitätsmanagement - Handbuch der Lebenshilfe Mittweida e.V.: 2006
- Thom, Achim: Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin. 1989.
- Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin/NY. 1975.
- „Gesundheit und Behinderung“ Stuttgart-Reutlingen : Diakonie-Verlag, 2001

## **9. Erklärung zur selbstständigen Anfertigung**

### Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift